# APPENDICITE ET TRAUMATISMES

N° ~~10~~ 19.

# APPENDICITE & TRAUMATISMES

## (ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET MÉDICO-LÉGALE)

# THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 30 juillet 1908**

PAR

**Mlle Elisabeth WAÏNTRAOUB**

Née à Mohileff (Podolie), le 25 septembre-8 octobre 1885

**Pour obtenir le grade de docteur d'Université**

(MENTION MÉDECINE)



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY, SUCCESSEUR

7, Boulevard du Peyrou, 7

—

1908

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱)............ Doyen.
SARDA................. Assesseur.

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique médicale | MM. GRASSET (✱). |
| Clinique chirurgicale | TEDENAT (✱). |
| Thérapeutique et matière médicale | HAMELIN (✱). |
| Clinique médicale | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses | MAIRET (✱). |
| Physique médicale | IMBERT. |
| Botanique et histoire naturelle médicales | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale | FORGUE (✱). |
| Clinique ophtalmologique | TRUC (✱). |
| Chimie médicale | VILLE. |
| Physiologie | HEDON. |
| Histologie | VIALLETON. |
| Pathologie interne | DUCAMP. |
| Anatomie | GILIS. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | ESTOR. |
| Microbiologie | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique | BOSC. |
| Hygiène | BERTIN-SANS (H). |
| Pathologie et thérapeuthique générales | RAUZIER. |
| Clinique obstétricale | VALLOIS. |

*Professeurs-adjoints :* MM. De ROUVILLE, PUECH.

*Doyen honoraire* : M. VIALLETON.

*Professeurs honoraires* : MM. E. BERTIN-SANS (✱), GRYNFELTT.

*Secrétaire honoraire :* M. GOT.

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées. | MM. VEDEL, agrégé. |
| Clinique annexe des maladies des vieillards | VIRES. |
| Pathologie externe | LAPEYRE, agrégé libre. |
| Clinique gynécologique | De ROUVILLE, prof.-adjoint |
| Accouchements | PUECH, prof. adjoint. |
| Clinique des maladies des voies urinaires. | JEANBRAU, agrégé. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | MOURET, agrégé libre. |
| Médecine opératoire | SOUBEYRAN, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. GALAVIELLE. | MM. SOUBEIRAN. | MM. LEENHARDT. |
| VIRES. | GUERIN. | GAUSSEL. |
| VEDEL. | GAGNIERE. | RICHE. |
| JEANBRAU. | GRYNFELTT Ed. | CABANNES. |
| POUJOL. | LAGRIFFOUL. | DERRIEN. |

M. H. IZARD, *secrétaire*.

## Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, *président*.
ESTOR, *professeur*.
MM. JEANBRAU, *agrégé*.
LAGRIFFOUL, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES DEUX TANTES JE DÉDIE CETTE THÈSE

Leur rêve qui était le mien s'est réalisé. Je leurs dois tout, et cet humble travail n'est qu'un très faible témoignage de ma gratitude ; ma vie entière ne suffira pas à leur prouver mon affection et ma reconnaissance pour les sacrifices multiples qu'elles ont fait pour moi.

E. WAÏNTRAOUB.

A LA FAMILLE ZAÏNDENBERG

en signe d'amitié sincère et en souvenir de mes jeunes années passées au Lycée d'Odessa.

A MA SOEUR, MADAME FRIEDMANN

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

ET A CEUX QUE J'AIME

E. WAÏNTRAOUB.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

E. WAÏNTRAOUB.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ JEANBRAU

CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

Cher Maître,

Le moment est venu où je puis vous adresser publiquement mes remerciements pour tous les services que vous m'avez rendus. L'intérêt et la bienveillance dont vous m'avez comblée pendant mes deux dernières années d'études m'ont touchée profondément et, croyez, cher Maitre, que j'en garderai un souvenir inneffaçable.

E. WAÏNTRAOUB.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ LAGRIFFOUL

CHEF DES TRAVAUX DE BACTÉRIOLOGIE

Cher Maître,

En terminant mes études, ce n'est pas seulement au Maître que je me permets d'adresser mes remerciements chaleureux pour les cours scientifiques et pleins de méthode dont j'ai profité cette dernière année, mais c'est au médecin surtout que j'exprime ma gratitude.

Vos soins désintéressés, et votre bonté à mon égard à un moment où j'ai failli quitter ce monde, resteront toujours gravés dans ma mémoire et c'est avec une vive joie que je vous remercie encore une fois de m'avoir sauvé la vie.

E. WAÏNTRAOUB.

# PRÉFACE

*C'est avec une satisfaction non dissimulée que nous voyons approcher le terme de notre scolarité à la Faculté de Médecine de Montpellier.*

*Une vie nouvelle s'ouvre maintenant à nous, pleine de labeur, de dangers, mais aussi d'intérêt, et quelles que puissent être les désillusions qui nous attendent, nous nous sentons à l'avance protégée contre elles par la conviction profonde du bien que l'initiative personnelle permet à chacun de nous de répandre autour de lui.*

*Avant de voir se fermer derrière nous les portes de cette vieille Faculté, d'où nous allons sortir investie d'un devoir social, il nous plaît de nous rappeler à nous même toutes les étapes parcourues, ainsi que les titres de reconnaissance contractés envers tous ceux qui nous donnèrent l'instruction.*

*Notre souvenir va tout d'abord à notre vieux maître M. Kestelmann qui fut le précepteur de nos premières années. Il sut dans le cadre intime et familier de la maison natale, être l'ami dévoué et le pédagogue expert. Nous avons eu, depuis, la tristesse de le voir devenir aveugle.*

*De nos sept ans de séjour au Lycée d'Odessa, nous ne dirons rien ; nous nous y sentions quelque peu perdue, dépaysée,*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

E. WAÏNTRAOUB.

*et c'est alors que nous trouvâmes un second foyer dans la famille Zaïdenberg, dont nous garderons toujours un souvenir précieux.*

*C'est dans les Facultés françaises seulement que le travail personnel a présenté pour nous un réel intérêt. Pendant notre année d'études préliminaires à la Faculté des Sciences, nous avons eu à nous louer de la bienveillante sympathie de M. le professeur Flahault. Nous tenons à le remercier ici.*

*A la Faculté de Médecine, nombreux sont les Maîtres dont l'enseignement clinique nous a particulièrement intéressée.*

*M. le professeur Tédenat, dans le service duquel nous avons rempli pendant plusieurs mois les fonctioos d'externe, guida nos premiers pas dans la Clinique chirurgicale. Nous n'oublierons jamais la bonté dont il a toujours fait preuve à notre égard.*

*Nous avons complété notre stage chirurgical dans le service de M. le professeur Forgue. Il nous fait aujourd'hui, en acceptant la présidence de notre thèse, un honneur dont nous sommes fière.*

*Pendant les mois que nous avons passés dans son service, il nous serait difficile de dire ce que nous avons davantage admiré de la précision constante de sa technique opératoire ou de l'ampleur doctrinale de son enseignement clinique. Nous pouvons l'assurer que tous nos efforts, aussi bien dans notre diagnostic clinique que dans notre thérapeutique, tendront à éviter l'Empirisme.*

*Nous sommes également heureuse de dire à M. le professeur Vires ce que nous lui devons.*

*Que M. le professeur Rauzier reçoive aussi l'expression de notre reconnaissance.*

*A la Maternité de Montpellier, nous avons suivi les leçons cliniques de M. le professeur Vallois et de M. le professeur-agrégé Guérin ; nous nous rappèlerons toujours leur bienveillance à notre égard.*

*Enfin, nous avons passé plusieurs mois à la Clinique ophtalmologique de M. le professeur Truc. Nous nous y sommes intéressée vivement à l'étude de l'ophtalmologie pour laquelle nous avons déjà des préférences personnelles. Nous souhaitons beaucoup de pouvoir nous perfectionner sous la direction de ce maître éminent.*

*Que M. le professeur Estor soit remercié de l'honneur qu'il nous fait en siégeant à notre thèse.*

---

# APPENDICITE ET TRAUMATISMES

(ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET MÉDICO-LÉGALE)

---

## INTRODUCTION

En mars 1907, MM. Jeanbrau et Anglada ont adressé, à la Société de chirurgie de Paris, un mémoire sur *l'appendicite et les traumatismes*. M. Picqué fit un rapport sur ce travail et en accepta les conclusions qui se résumaient ainsi :

1° Un traumatisme (choc sur l'abdomen ou effort violent) ne crée pas l'appendicite ;

2° La crise survenue après un accident n'est que le réveil d'une appendicite préexistante. L'accident amorce une poussée aiguë chez un appendiculaire avéré ou latent, il réveille ou aggrave l'appendicite, il ne la produit pas.

Le rapport de M. Picqué fut suivi d'une intéressante discussion à laquelle prirent part MM. Legueu, Sieur, Potherat, Broca, Demoulin, Walther, Guinard, Tuffier et Felizet. De cette discussion, il résultait cette conclusion que le traumatisme ne peut créer une appendicite chez un individu sain. Seul, M. Guinard, dans la séance du 29 mai, revint sur les propositions formulées par MM. Jeanbrau et Anglada et acceptées par la Société de chirurgie. « La question est nettement posée et non moins nettement résolue, dit M. Guinard, au début de sa communication. Je demande à faire des

réserves que mes quatre observations personnelles me semblent légitimer, mais je ne me dissimule pas que je vais être seul de mon avis. »

Mais la communication fort intéressante de M. Guinard ne permit pas à la Société de chirurgie d'émettre une interprétation différente de la première sur le rôle du traumatisme dans l'appendicite. Et le président, M. le professeur Quénu, proposa « de remettre la question à l'ordre du jour à une séance ultérieure ».

Depuis, un certain nombre de travaux ont paru sur cette question au point de vue pathogénique. D'abord la thèse du docteur Dabadie, soutenue à Bordeaux, sous l'inspiration du professeur Villar, le 29 juillet 1907. Puis celle de M. Gassend, soutenue à Montpellier, le 25 janvier 1908. Enfin celle de M. J. Milan, écrite sur les conseils de M. Guinard (Paris, 25 mars 1908).

Ces jours derniers, dans la séance du 15 juillet 1908, M. Couteaud a reporté la question devant la Société de chirurgie, en relatant l'observation d'un marin qui présenta des phénomènes de typhlite après un choc violent sur l'abdomen.

Nous pensons donc qu'on peut grouper dans une étude d'ensemble les faits publiés depuis le mémoire de MM. Jeanbrau et Anglada pour préciser si leurs conclusions perdent leur valeur, ou s'il y a lieu de les modifier.

Mais nous ne nous bornerons pas à une étude pathogénique. La question a un intérêt pratique qui deviendra de plus en plus important, puisque la loi sur les accidents a été étendue à toutes les exploitations commerciales et le sera prochainement à tous les salariés. Nous étudierons donc l'interprétation médico-légale, en nous appuyant exclusivement sur des auteurs compétents, ayant longuement réfléchi aux applications de la loi de 1898, comme MM. Sachet,

président de Chambre à la Cour de Grenoble, et Mourral, conseiller à la Cour de Rouen. Ce n'est pas notre opinion que nous donnerons sur ce point : ce sera celle de ces deux éminents magistrats dont la compétence dans cette partie de la jurisprudence est connue de tous ceux qui s'occupent de la loi de 1898.

Voici le plan de cette modeste étude :

Chapitre I. — *Historique de la question* (d'après le mémoire de MM. Jeanbrau et Anglada) ;

Chapitre II. — *Exposé des faits cliniques.*

Chapitre III. — Comment expliquer le rôle pathogénique du traumatisme et de l'effort sur un appendice sain ?

Chapitre IV. — Comment expliquer le rôle pathogénique du traumatisme et de l'effort sur un appendice malade ?

Chapitre V. — Comment interpréter les cas précédents au point de vue médico-légal ?

Conclusions.

---

# CHAPITRE PREMIER

## HISTORIQUE

Voici, d'après le mémoire de MM. Jeanbrau et Anglada, par quelles phases a passé la question.

Dans son ouvrage bien connu sur « l'origine traumatique des maladies internes », Stern a rapporté deux statistiques intéressantes : celle de Borchardt, qui a trouvé trois cas d'appendicites traumatiques sur 150, et celle de l'armée prussienne (1893-1894), portant sur 533 appendicites. Sur ces 533 cas, 13 fois la crise avait paru provoquée par un choc sur l'abdomen et 17 fois par un saut, un effort, ou un autre accident sans contusion directe. Malgré ces quelques faits, où il est vrai de dire que le témoignage du malade avait suffi pour faire accepter l'origine traumatique des accidents, Stern concluait nettement : il ne croyait pas à la possibilité d'une appendicite traumatique chez un individu sain.

En 1900, Neumann écrit le premier mémoire sur cette question : il appuie ses conclusions sur 13 cas, empruntés à différents auteurs et que nous avons résumés dans nos tableaux. Sur ces 13 observations, 3 sont sans valeur, parce quelles sont incomplètes. Quant aux 10 autres, notons dès à présent qu'elles se rapportent, à l'exception de 2, à des appendicites calculeuses que Neumann considère d'ailleurs

comme primitives, interprétation reconnue aujourd'hui inexacte.

Cet auteur, ayant dépouillé les recueils d'observations de la clinique de Halle, trouva, sur 152 cas d'appendicites, 10 faits où le traumatisme, « ayant coïncidé avec la première crise », semblait avoir déterminé l'affection. Ici encore, il s'agissait, exception faite d'une seule observation, d'appendicites calculeuses. De son étude, Neumann tire les conclusions suivantes, que nous montrerons erronées en partie : 1° un traumatisme direct ou indirect peut produire une appendicite, chez un individu dont l'appendice est normal ; 2° dans la majorité des cas, l'appendice contient un calcul ou un corps étranger ; 3° le calcul ne perfore pas toute l'épaisseur de l'appendice contusionné ; il produit seulement sur la muqueuse une déchirure qui ouvre une porte d'entrée à l'infection ; 4° le traitement de l'appendicite traumatique est celui de l'appendicite en général.

Erdheim battit en brèche ces conclusions en 1902, dans un article sur « la coïncidence de l'appendicite avec les traumatismes ». Son expérience lui avait fait adopter les idées, d'ailleurs absolues, de Sonnemburg. Erdheim les résumait ainsi : « Un appendice sain ne peut aboutir du fait d'un trauma, de quelque importance qu'il soit, à l'inflammation, à la perforation et à la gangrène ; et les cas de prétendues appendicites traumatiques ne sont que des crises aiguës au cours d'appendicites latentes ». Partant de ces principes, Erdheim recommandait avec raison de rechercher dans les antécédents des blessés, non seulement s'ils n'ont jamais eu de crise nette de typhlite, mais encore « ces troubles vagues, perte d'appétit, nausées et vomissements après les repas qui sont pris bien souvent pour des manifestations d'embarras gastriques et ne sont en réalité que les seuls symptômes d'une appendicite latente ».

Et cet auteur ajoutait avec raison : « Dans tous les cas où on a observé des symptômes d'appendicite immédiatement après un traumatisme, on a toujours trouvé soit dans les antécédents, soit au cours de l'opération, la preuve que l'appendice était déjà malade avant l'accident ». Erdheim terminait en disant que « l'appendice calculeux est un organe malade puisque, d'après notre conception actuelle de la pathogénie de l'appendicite, les calculs sont le produit de l'inflammation de la muqueuse appendiculaire ».

Nous verrons que les idées soutenues par Erdheim demeurent vraies aujourd'hui. C'est donc cet auteur qui a eu le premier la conception nette du rôle du traumatisme dans la pathogénie de l'appendicite.

En 1902, Jüngst et Münsch publient chacun une observation que nous avons résumée plus loin. Rinne, puis Henning, reviennent sur le même sujet deux ans plus tard à propos de faits personnels et combattent les conclusions de Neumann. Enfin, en 1905, Southam réunit plusieurs cas publiés à l'occasion d'un fait observé par lui et insiste sur le rôle du calcul et de l'effort dans la rupture des adhérences chez un appendiculaire.

En France, on trouve peu de renseignements sur cette question dans les ouvrages classiques, au chapitre de l'appendicite, ou dans les monographies consacrées à cette affection. C'est ainsi qu'en relisant les thèses d'Anghel, de Dubarry, de Mlle Gordon, les articles de Jalaguier, de Guinard, de Legueu, de Brun, nous avons trouvé quelques cas où le traumatisme était considéré comme ayant provoqué une crise d'appendicite. En revanche, la thèse fort intéressante de Beaussenat nous a permis d'appuyer sur des faits expérimentaux des conceptions logiques, mais auxquelles on aurait pu reprocher d'être exclusivement théoriques.

Les ouvrages français sur la pathologie des accidents du

travail nous ont fourni quelques notions intéressantes. Ollive et Le Meignen, après avoir adopté les idées de Stern, de Sonnenburg et d'Erdheim, rappellent les deux observations de Brun ; mais ces deux faits se rapportent non à des appendicites, mais à des contusions de l'abdomen avec rupture de l'appendice. Ils ajoutent immédiatement : « En tout cas, nous n'avons nulle part trouvé l'intégrité de l'appendice notée chez des adultes, dans les cas analogues ».

MM. Ollive et Le Meignen concluent : « *En réalité, il n'y a pas d'appendicites traumatiques ; mais il y a des appendicites aggravées par le traumatisme* ».

Le professeur Brouardel cite un fait observé à la Morgue, sans autres détails que ceux-ci : « J'ai pratiqué l'autopsie d'un enfant de 12 ans, qui, après un coup de pied dans la fosse iliaque, avait fait une inflammation du cæcum, de l'appendice et une pérityphlite ». L'absence de renseignements plus précis ne nous permet pas d'utiliser cette observation.

Enfin, M. Vibert a rapporté l'observation d'un enfant mort de péritonite généralisée, après avoir reçu un coup de pied dans le ventre. La laparotomie faite à la fin du deuxième jour montra « que l'appendice avait été fortement contusionnée et que sa muqueuse avait été décollée par un épanchement sanguin très abondant ». Donc il ne s'agit pas ici d'appendicite à proprement parler et nous éliminerons de cette étude tous les cas de contusion abdominale avec ou sans ruptures viscérales qui ont été suivies de péritonite. Les deux cas de Brun, où l'appendice fut trouvé complètement *sectionné* et non pas perforé ou gangrené, le cas de M. Vibert, ne rentrent donc pas dans le cadre de notre étude. Nous voulons seulement chercher à préciser dans ce mémoire : 1° si l'appendicite vraie peut être créée par une contusion ou par un effort ; ou, 2° si elle est seulement révélée par l'accident

qui détermine simplement une crise aiguë toujours imminente en cas d'appendicite latente.

La discussion de 1907 à la Société de chirurgie a apporté quelques faits nouveaux, en particulier trois faits de Sieur et quatre observations intéressantes de M. Guinard, relatées dans la thèse de son élève Milan, en mars 1908.

Dabadie, dans une thèse de Bordeaux, du mois de juillet 1907, relate avec détail l'observation d'une fillette de 11 ans qui, en bonne santé apparente, fit une péritonite suppurée circonscrite après avoir reçu un coup de pied dans la région de la fosse iliaque droite. Après une phase de péritonite aiguë, un abcès s'ouvre le 38e jour à l'ombilic. La guérison survient peu à peu. Il n'y eut dans cette observation ni constatation opératoire, ni vérification nécropsique. Rien ne permet donc d'affirmer qu'il s'est agi d'une appendicite. Il est plus logique d'admettre que ce cas se rapporte à une contusion abdominale avec ou sans lésions viscérales. On connaît bien aujourd'hui les péritonites par contusion abdominale sans rupture de l'intestin ou d'un viscère quelconque.

Enfin, le 15 juillet M. Couteaud communiquait à la Société de chirurgie un cas que nous reproduisons plus loin mais qui manque également d'une vérification opératoire pour permettre des conclusions précises.

---

## CHAPITRE II

### EXPOSÉ DES FAITS CLINIQUES

Comme l'ont fait MM. Jeanbrau et Anglada, nous allons d'abord résumer pour n'avoir plus à y revenir, quelques observations qui n'ont aucune valeur scientifique parce qu'elles ne contiennent pas de vérification opératoire ou nécropsique. Ces faits, sur lesquels les auteurs ont cru pouvoir s'appuyer pour invoquer le traumatisme parmi les causes occasionnelles de l'appendicite, sont trop brièvement rapportés pour servir de base à une discussion.

#### Observations publiées sous le titre d'appendicites post-traumatiques mais sans valeur scientifique

Tiplady, thèse de Mlle Gordon, 1897, p. 39.

Enfant de six ans. Renversé sous le poids d'un camarade. Vives douleurs, symptômes d'appendicite perforante grave.

Marsch, *eodem loco,* p. 39.

Enfant de sept ans. Coup de pied dans le ventre. Mort de pérityphite.

Soltman, Mlle Gordon, p. 39.

Enfant. Violente douleur dans la région appendiculaire pendant un exercice de gymnastique. Mort de pérityphlite.

Fabre, thèse de Mlle Gordon. p. 39.

Fillette. En posant par terre un lourd paquet de linge, elle éprouve une douleur atroce dans la région appendiculaire. Morte de pérityphlite.

Mlle Gordon, *loc. cit.*

Enfant de quatorze ans. Longue course à bicyclette. Symptômes d'appendicite. Opération : on trouve une appendicite localisée. Pas d'autres lésions signalées au cours de l'intervention.

Korte, statistique citée par Borchardt, *Die Behandlung der Appendicitis*, 1899.

Homme. Ayant appuyé violemment un villebrequin contre son flanc droit, il ressentit de légères douleurs. Symptômes de péritonite localisée. On se contente de ponctionner.

Dubarry, thèse de Paris, 1900.

Chute sur un guidon de bicyclette. Douleurs vagues d'abord, généralisées bientôt à tout l'abdomen. Au bout de deux jours, les phénomènes douloureux se localisent dans la région appendiculaire. Le traitement médical fut suffisant. Le malade eut d'autres crises dans la suite.

Fowler.

En jouant au foot-ball, un homme éprouve une vive douleur dans la région appendiculaire ; dans la suite, symptômes d'appendicite. Pas d'autres renseignements.

Halle, cité par Neumann, 1900.

H. de quarante ans. En sautant plusieurs fois d'une charrette à foin, il éprouve une violente douleur dans la région appendiculaire. On se contenta de drainer un foyer de péritonite localisée.

Southam, *Lancet*, 1905.

Enfant de sept ans. En jouant, il tomba sur le ventre et éprouva aussitôt une vive douleur dans la fosse iliaque droite. On trouva une péritonite généralisée et on draina, sans rechercher l'appendice.

Southam, *eod. loc.*

Enfant de douze ans. En voulant plonger dans un bassin, il tombe à plat ventre sur l'eau. Symptômes d'appendicite qui cédèrent au traitement médical.

A ces faits, il faut ajouter l'observation relatée longuement par Dabadie en 1907. Nous jugeons inutile de la reproduire. Il s'agit d'une fillette de onze ans qui reçut un coup de pied dans la fosse iliaque droite. Elle était à ce moment en bonne santé apparente. A la suite du choc, péritonite généralisée, qui se localise peu à peu et aboutit à la formation d'un abcès qui s'ouvre le 38ᵉ jour de l'ombilic. Guérison. — Il est bien évident que rien n'autorise à penser que le coup de pied ait frappé l'appendice à l'exclusion du cæcum ou de l'intestin grêle. En tout cas, cette observation manquant de vérification opératoire ou nécropsique ne peut servir d'élément de discussion. Nous verrons plus loin qu'il en est de même de l'observation de M. Couteaud, malgré le soin avec lequel elle a été recueillie et la valeur chirurgicale de son rapporteur.

## Observations qui contiennent une vérification opératoire ou nécropsique.

Voici maintenant les observations qui contiennent un examen opératoire ou nécropsique de la région iléo-cæcale. La première classification qui vient à l'esprit est la suivante :

1° Observations dans lesquelles l'accident a déterminé une crise aiguë chez un appendiculaire ayant eu des crises antérieurement.

2° Observations d'appendicites provoquées par un traumatisme chez un individu sans antécédents appendiculaires.

Malheureusement, on ne peut utiliser cette classification, qui permettrait de conclure d'une manière précise sur le rôle créateur, ou seulement révélateur de l'accident. Même les observations des auteurs comme Neumann, Münch, Erdheim, Rinne, Jungst, Henning, Macdonald, Southam, Schottmuller, qui ont écrit sur les appendicites « post-traumatiques » sont incomplètes ; il y manque la relation détaillée des antécédents pathologiques du blessé. Quelques rares cas mentionnent le passé appendiculaire du malade. Ce sont ceux de Dubarry, Chapon, Henning.

Observation de Dubarry, thèse de Paris, 1901.— Homme de trente-un ans. En avril, attaque d'appendicite qui cède au traitement médical. En octobre, *nouvelle crise* consécutive à un traumatisme direct dans la région abdominale. Laparatomie : appendice complètement gangrené, pas de calcul appendiculaire.

Observation de Chapon, thèse de Paris, 1900-1901. —

Homme de vingt-neuf ans qui, en octobre 1898, a une crise avec vomissements et fièvre ; en janvier 1899, seconde crise qui dure quatre jours avec persistance d'un point douloureux ; le 19 juillet 1899, il court pour rejoindre un omnibus, et il est pris d'une violente douleur qui lui permet pourtant de rentrer chez lui. On pratique l'opération le 26 ; l'appendice est perforé, mais ne contient pas de calcul. Mort le 1er août.

Observation de Henning, publiée en 1904 sous le titre de « péritonite par perforation appendiculaire post-traumatique ». — Il s'agit d'un sous-officier affirmant n'avoir jamais été malade jusque-là qui reçoit, le 1er novembre 1903, dans la région épigastrique, un coup de pied de cheval. Après une syncope de courte durée il reprend son service. Il remonte à cheval le 4 novembre lorsqu'il éprouve de violentes douleurs avec point maximum dans la région traumatisée. Il entre à l'hôpital le lendemain avec des phénomènes de péritonite généralisée. On l'opère à sept heures du soir.

Après avoir incisé un hématome du grand droit (ceci, dit Henning, est important au point de vue médico-légal, puisque la peau ne présentait aucune trace de contusion), on trouve un appendice turgescent, violacé, accolé au psoas iliaque. Il a la grosseur d'un petit doigt et il est coudé sur lui-même à angle droit. Près de la partie sectionnée, on trouve une ulcération des dimensions d'un pfennig ; dans la cavité appendiculaire, il y a deux calculs de la grosseur d'un noyau de datte ; la muqueuse est amincie, gangrenée par places ; la tunique musculaire est très hypertrophiée. « La sténose de la cavité appendiculaire, l'épaississement de la paroi indiquent bien une lésion ancienne, dit Henning, et anatomiquement l'hésitation n'est plus permise : c'est un réveil d'appendicite. »

D'ailleurs, en interrogeant ce sous-officier, il avoua qu'il

était fréquemment sujet à des maux de ventre, et qu'il avait souvent des périodes de diarrhée. Il donnait donc la preuve clinique d'une affection intestinale ancienne qui avait constitué peu à peu les lésions appendiculaires auxquelles l'accident avait donné un coup de fouet.

Enfin, le cas publié par Southam est comparable aux précédents, avec cette différence que l'accident se réduisit à un effort et que l'intervention ne permit pas de trouver l'appendice.

Southam, *Lancet*, 1905. — Garçon de 15 ans. Neuf mois avant le traumatisme, il a eu deux attaques assez légères de douleurs abdominales. Etant à la pêche, il saute dans un bateau en faisant un effort violent. Douleur dans la fosse iliaque droite. Puis péritonite généralisée. Laparotomie : abdomen plein de pus ; on ne peut trouver l'appendice et on n'insiste pas à cause de la gravité de l'état du malade. Southam conclut cependant à une appendicite.

Dans les observations dont nous allons maintenant donner le résumé, avec les seuls détails qui ont de l'importance pour la question qui nous occupe, l'auteur n'a pas indiqué les antécédents pathologique de son malade. On commettrait de graves erreurs, si on les considérait comme se rapportant à des appendicites développées à la suite de l'accident chez un individu sain : la preuve la plus nette se trouve dans ce fait que, sur ces 43 observations, il s'agissait 24 fois d'une appendicite calculeuse, c'est-à-dire d'une appendicite ancienne remontant à plusieurs années ou au moins à plusieurs mois. Aussi avons-nous divisé les faits que nous avons réunis en deux grandes classes : les appendicites calculeuses, et les non calculeuses. Chacune de ces classes est subdivisée en deux groupes, suivant que l'accident a consisté dans un trau-

matisme direct ou dans un effort, plus exactement dans un « accident », sans contusion abdominale.

**A. — Observations d'appendicites non calculeuses révélées par un traumatisme direct sur l'abdomen** (1)

1. Mlle Gordon, thèse de Paris, 1896. Cas de Moriarta.

H., quatorze ans. Coup de poing dans le flanc droit. Le lendemain, symptômes d'appendicite. Appendice perforé par une épingle incluse dans la paroi. L'épingle avait été avalée un an avant.

*Réflexion.* — L'épingle nous paraît avoir joué le rôle prépondérant. Il est permis de penser qu'en son absence le coup de poing n'aurait déterminé aucun accident sérieux.

2. Mlle Gordon, cas personnel.

Enfant de huit ans. Reçoit, le 18 septembre, un coup de pied dans la région de l'appendice. Douleur. Dans la nuit, symptômes de péritonite. Le 22 septembre, autopsie. Abcès multiples. Appendice perforé en deux endroits.

3. Legueu, *Œuvre médico-chirurgical,* 1897.

Enfant. Reçoit un coup de pied dans le flanc droit : il tombe par terre. Le lendemain, douleur dans la fosse iliaque. Péritonite. Laparotomie. Perforation de l'appendice.

---

(1) Ces observations étaient dans le manuscrit de MM. Jeanbrau et Anglada groupées en tableaux dont la dernière colonne contenait une interprétation pathogénique. La dernière phase de chaque observation résume donc l'interprétation de ces auteurs.

*Réflexion.* — Cette observation nous paraît probante. Malheureusement il manque les antécédents morbides du malade. N'avait-il jamais eu de crise appendiculaire ?

4. Guinard, *Traité de Le Dentu et Delbet.*

H. dix-huit ans. Coup de pied de cheval dans la fosse iliaque droite. Trois crises d'appendicites successives. *Deux ans après*, intervention. Appendice turgescent, rigide. La muqueuse boursouflée est ecchymotique.

*Réflexions.* — Il nous paraît impossible d'affirmer qu'il y ait eu dans ce cas un appendicite « traumatique ». Le réveil d'une appendicite latente paraît plus vraisemblable.

5. Hume, *British med. Journal*, 11 avril 1891.

H. Choc violent au niveau du flanc droit par un wagon. Douleurs dans la région appendiculaire. Après 9 mois, pendant lesquels il y a de nombreuses récidives, laparotomie. Appendice épaissi, relié par de nombreuses adhérences à la vessie, à l'intestin grêle, au cæcum.

Même interprétation.

6. Körte. Statistique citée par Borchardt, *Die Behandlung der Appendicitis*, 1889.

H. Contusionné au niveau du flanc droit par un rail de chemin de fer. Symptômes d'appendicite. Laparotomie : appendice complètement gangrené.

7. Moty, *Echo médical du Nord*, 1900.

Soldat, vingt et un ans. Renversé il y a quatre ans par un charriot de ferme qui lui tomba sur le flanc droit. Alité pendant un mois. Depuis conserve une douleur très vive au point de Mac Burney à la pression, le forçant parfois à s'aliter.

Laparotomie : appendice replié, adhérant à la face du cæcum. Il est oblitéré au niveau de la courbure, sa partie terminale est très atrophiée.

*Réflexions.* — La durée des accidents après le traumatisme nous paraît constituer un argument important pour admettre le rôle étiologique du choc et de la pression violente subis quatre ans avant.

8. Jungst, *Beiträge für klin. Chir.*, 1903.

F. Ecrasée par la chute d'un rocher ; contusion de la moitié droite du bassin, luxation ischiatique. Deux ans après, sans cause apparente, péritonite et perforation appendiculaire. Jungst pense que l'ancien traumatisme avait déterminé une altération chronique de l'appendice, devenue aiguë deux ans plus tard.

*Réflexions.* — La relation entre le trauma et l'appendicite n'est pas démontrée. Il n'est pas permis, après un silence de deux ans, de penser à une appendicite traumatique.

**B. Appendicites non calculeuses révélées par un accident sans contusion abdominale**

9. Page, *Lancet*, 1894.

H. Vingt-huit ans. En soulevant un fardeau, il éprouve une vive douleur dans la région appendiculaire, crise d'appendicite. En huit ans, quatre récidives. Laparotomie : appendice raide, turgescent, comme sous tension. Sténose de la cavité par épaississement de ses parois. Pas de perforation.

*Réflexions.* — Sans valeur.

10. Page, *loc. cit.*

F. Trente-quatre ans Douleurs violentes consécutives à des efforts de défécation. Intervention après deux jours d'expectative sans que l'on pense à une appendicite. Laparotomie : appendice perforé au niveau du méso-appendice.

Il s'agit sans aucun doute d'une appendiculaire chez laquelle des efforts de défécation ont produit la rupture d'adhérences.

11. Mlle Gordon. Thèse de Paris, 1896, obs. de Homans.

Fille de huit ans. Elle fait une chute en sautant. Le lendemain, symptômes d'appendicite. Laparotomie : perforation de l'appendice.

Même interprétation.

12. Mlle Gordon.

Enfant de onze ans. Après avoir monté et descendu de nombreux escaliers, douleurs violentes dans l'abdomen. Localisation des douleurs à la région appendiculaire. Laparotomie : appendice perforé à son extrémité.

Même interprétation.

13. Mlle Gordon.

Enfant de 13 ans. Purgation avec huile de ricin. Consécutivement, violentes douleurs dans la fosse iliaque droite. Puis péritonite généralisée. Autopsie : fausses membranes, appendice baignant dans du pus et perforé à son extrémité.

14. Mlle Gordon.

Enfant de neuf ans et demi. Renversé brusquement en arrière par un de ses camarades. Douleur dans l'aine droite. Puis symptômes d'appendicite. Laparotomie à froid. Appen-

dice épaissi, replié sur lui-même, fausses membranes épaisses.

15. Macdonald, *Med. Record*, 1906.

H. Chute sur le périnée et contusion du testicule droit. Quelques jours après, orchite aiguë. Douleurs sur le trajet du cordon, jusque dans la vessie, mais rien d'appendiculaire. Les douleurs appendiculaires n'apparaissent que deux jours après avec vomissements et péritonite. Intervention : on trouve un appendice de coloration violacée très adhérent à la vessie. On le resèque L'examen des adhérences montre que l'on avait affaire à une altération déjà ancienne, alors que l'appendicite semblait cliniquement primitive.

*Réflexion.* — Ce cas n'a donc aucune valeur : la chute sur le périnée n'a joué qu'un rôle secondaire. Il est même possible que l'orchite aiguë, préparée par le choc, ait été déterminée par propagation de l'inflammation de l'appendice au cordon.

16. *Statistique sanitaire de l'armée prussienne*, 1890-1897.

Soldat. Surmenage pendant une période de manœuvres. A l'intervention, lésion banales d'appendicite, sans perforation ni calcul.

Sans valeur.

17. *Idem.*

Soldat. Saut violent. A l'intervention, lésions banales d'appendicite, sans perforation ni calcul.

*Réflexion.* — Il s'agit d'un appendiculaire latent.

18. Macdonald, *Medical Récord,* juin 1906.

F. Vingt-quatre ans. Au cours d'un violent effort, douleur

intense dans la région appendiculaire qui se propage à tout l'abdomen. La malade porte une ovarite chronique qu'elle fait remonter à un traumatisme reçu il y a deux ans. Intervention deux jours après. On trouve un appendice gangrené à son extrémité, présentant de nombreuses adhérences avec l'ovaire et le cæcum. Macdonald pense que le premier traumatisme a déterminé l'ovarite, puis l'inflammation a gagné spontanément l'appendice et, sous l'influence du second traumatisme, l'appendicite latente s'est révélée par une crise aiguë.

*Réflexions.* — L'interprétation de Macdonald est assez logique, bien que l'ovarite traumatique soit sujette à caution. Nous pencherions plutôt pour une ovarite d'origine utérine.

19. Macdonald, *Medical Record*, juin 1906.

Un malade saute violemment de voiture, et il éprouve quelques douleurs abdominales. Deux jours après, vomissements avec exacerbation des phénomènes douloureux. Le toucher rectal permet de sentir une masse indistincte. Intervention : on trouve une invagination intestinale avec inflammation de l'anse invaginée. L'appendice est pris entre les deux boudins d'invagination, il est gangrené et présente à son extrémité une perforation.

*Réflexion.* — Il s'agit certainement d'un appendiculaire.

**C. — Observentions d'appendicites calculeuses révélées par une contusion abdominale**

20. Page, *Lancet*, 1894.

H. Trente ans. En portant une corbeille de 15 kilos, il tomba sur le flanc droit. Douleurs, vomissements. Entré

neuf jours après avec symptômes de péritonite généralisée. Mort. A l'autopsie : appendice turgescent et enflammé. Ulcération et perforation. Dans le pus où baigne l'appendice, on trouve un *calcul* de la grosseur d'un haricot.

*Réflexions.* — Cette observation, ainsi que les onze suivantes, soulève les mêmes objections : l'existence de calculs prouvant que l'appendicité préexistait à l'accident, celui-ci ne peut avoir joué qu'un rôle purement occasionnel.

21. Mlle Gordon, thèse de Paris, 1897.

Enfant, six ans. Tombe le 9 avril sur une chaise. Douleurs abdominales rapidement localisées à l'appendice. Le 26 avril, laparotomie. Perforation à l'extrémité de l'appendice. Un *calcul*.

22. Mlle Gordon, *loc. cit.*, 1897.

Enfant, cinq ans. Chute sur un tas de pierres. Douleurs abdominales dans la soirée. Rapidement symptômes de péritonite. Mort. Autopsie : appendice ulcéré, nombreuses perforations. Volumineux *calcul* de forme cylindrique.

23. Mlle Gordon.

Enfant, neuf ans. Violent coup de poing dans le flanc droit. Le lendemain, péritonite généralisée. Mort. Autopsie : appendice perforé à son extrémité. A l'intérieur, un *calcul*.

24. Stern, *Traumatisme et affections internes*, Iéna, 1900.

Directeur de mine. Choc d'une benne sur le flanc droit. Il continue ses occupations. Le lendemain, symptômes de pérityphlite. Laparotomie. Abcès péri-appendiculaire. Six à huit petits *calculs* dans l'intérieur de l'appendice.

25. Körte, cité par Neumann.

Enfant, 14 ans. Etant couché, reçoit sur le ventre le poids de son petit frère qui a sauté sur lui. Quatre jours après, péritonite. Laparotomie : perforation appendiculaire correspondant à un *calcul* logé dans l'appendice. Adhérences nombreuses.

26. *Statistique sanitaire de l'armée prussienne*, 1890-1897.

Soldat de vingt et un ans. Reçoit un coup de baïonnette dans le flanc droit. Symptômes d'appendicite et de péritonite généralisée. Laparotomie : abcès péri-appendiculaire, avec un *calcul* baignant dans le pus.

*Réflexions.* — Cette observation manque de précision : le coup de baïonnette a-t-il déterminé une péritonite comme les plaies par armes blanches? *En ce cas, le calcul trouvé dans le pus prouverait que le blessé avait une appendicite calculeuse.*

27. Schottmuller, *Epityphlitis traumatica*, 1900.

Garçon, dix ans. Un brancard de voiture heurte sa fosse iliaque droite. Douleur très violente, symptômes de péritonite localisée. Laparotomie : appendice épaissi, nécrosé. Un *calcul* dans son intérieur.

28. Schottmuller.

Garçon, sept ans. Deux coups de pied dans la fosse iliaque droite. Douleur très violente le forçant à s'aliter. Symptômes de pérityphlite. Laparotomie. Appendice épaissi, violacé, gangrené en un point. Perforation correspondant comme situation à un *calcul* ovale, dur, de couleur grise. Au centre du calcul, il y a un pépin « comme un œuf dans sa coque. » L'auteur admet que la nécrose de la muqueuse produite par le calcul était antérieure au traumatisme.

29. Neumann, *Archives de Langenbeck*, 1900.

Enfant, douze ans. Une corbeille dont l'extrémité est pointue lui heurte violemment le flanc droit. Douleur aiguë. Symptômes de péritonite localisée. Opération : on se contente d'inciser et de drainer. Dans le premier pansement, on trouve un *calcul* de la grosseur d'un noyau de cerise, certainement de nature appendiculaire.

30. Neumann.

H. Vingt-trois ans. Il pesait un cochon, lorsque l'animal l'a renversé et lui est tombé sur le ventre. Douleur légère. Le lendemain, il part en voiture et la douleur reparaît. Il peut alors marcher pendant sept heures. Puis il présente des symptômes de péritonite par perforation. Laparotomie : appendice épais, nageant dans du pus. Perforation comme un petit pois ; dans le pus, un *calcul* des mêmes dimensions.

31. Southam, *Lancet*, 1905.

Enfant, neuf ans. Il reçoit des coups sur le ventre en se battant avec des camarades. Douleur dans la région de l'appendice avec vomissements. Laparotomie : appendice très enflammé, adhérences multiples, paroi amincie en un point, presque perforé ; à l'intérieur, des *calculs*.

### D — Appendicites calculeuses révélées par un accident sans contusion abdominale

32. Mlle Gordon, Thèse de Paris, 1896.

Enfant de onze ans. Chute sur le dos, cinq jours après, symptômes d'appendicite. Mort. Autopsie : appendice allongé et saillant, perforation cæcale. Calcul de la grosseur d'un noyau de datte à côté du cæcum.

Les critiques formulées à propos des appendicites calculeuses réveillées par un choc abdominal sont valables *a fortiori* pour ce cas et les suivants.

33. Fowler.

H. Quarante-huit ans. En ramassant un bloc de glace volumineux, il éprouve une violente douleur dans le flanc droit.

Il continue pourtant son travail avec des symptômes d'appendicite et de péritonite jusqu'à sa rentrée à l'hôpital. Laparotomie : adhérences nombreuses. A un centimètre de l'extrémité libre de l'appendice, une perforation. A cette dernière correspond le bout supérieur d'un *calcul* régulier et de forme ovale.

34. Schottmuller.

Enfant de neuf ans. Il éprouve en sautant, pendant un exercice de gymnastique, une douleur semblable à une piqûre d'épingle, dans la fosse iliaque droite. Le lendemain, à l'école, douleur semblable très violente. Laparotomie : côlon avec petite perforation. Appendice très haut placé contenant un *calcul* de la grosseur d'un noyau de cerise.

35. Neumann.

H. de vingt-neuf ans. En soulevant un panier, violente douleur dans le ventre qui s'exagère progressivement. Trois jours après, péritonite. Laparotomie : muqueuse appendiculaire perforée à la base, nécrosée sur l'espace d'un centimètre. Dans l'appendice, trois *calculs* : l'un d'eux a le volume d'un noyau de prune.

36. Neumann.

H. de vingt ans. En soulevant un quartier de veau de 190 livres, il éprouve une vive douleur dans la région appen-

diculaire, disparaissant après un peu de repos. Le lendemain, nouvelle crise, il se rend à l'hôpital à pied. Symptômes de péritonite. Laparotomie : appendice très épais, rouge vif, de la grosseur d'un petit doigt. En un point grisâtre, il est aminci, prêt à se déchirer. A ce niveau, un *calcul* du volume d'un noyau de cerise et très régulier.

37. Neuman, *loc. cit.*

H. Vingt ans. Effort considérable pour soulever un sac de pommes de terre. Le soir, douleur violente localisée à la fosse iliaque droite. Symptômes d'appendicite. Laparotomie : on trouve un moignon d'appendice baignant dans du pus. A côté, un *calcul* gros comme une noisette.

38. Neumann, *loc. cit.*

H. Quarante et un ans. Après une longue course à bicyclette, très vive douleur dans le ventre. Péritonite diffuse. Laparotomie. Perforation à l'extrémité de l'appendice ; à l'intérieur, *calcul* gros comme un noyau de prune. Le mécanisme invoqué est vraisemblable. Un mouvement continué longtemps, le ventre comprimé dans la position couchée peut déterminer une lésion de la muqueuse par frottement sur le *calcul*, une desquamation épithéliale permettant l'entrée des microbes.

39 Neumann, *loc. cit.*

H. Vingt-six ans. En relevant une lourde échelle, il sent comme un « craquement » dans son ventre. Immédiatement, douleur violente de l'ombilic au flanc droit. Quatre jours après, symptôme de péritonite localisée. Laparotomie. Perforation appendiculaire au tiers moyen de l'appendice qui contient un *calcul* de la grosseur d'un haricot.

*Réflexions.* — Cette observation a la valeur d'une expérience : le craquement a traduit cliniquement la rupture des adhérences produite par l'effort.

40. Neumann, *loc. cit.*

H. Seize ans. En relevant un sac pesant de pommes de terre, douleur assez forte. Le lendemain, symptômes très graves de péritonite. Mort. Autopsie : appendice violacé, perforation de 3 millimètres à sa partie médiane. A ce niveau un *calcul* de la grosseur d'un noyau de cerise renfermant deux cheveux.

*Réflexions.* — Ici encore l'effort paraît avoir provoqué la crise aiguë; mais la perforation est survenue trop rapidement pour ne pas admettre que la paroi appendiculaire était amincie et prête à se perforer. Il y a eu fort probablement rupture des adhérences qni renforçaient la zone amincie de l'appendice

41. Neumann.

H. Vingt-cinq ans. Porteur d'une hernie inguinale droite réductible. Dans un accès d'épilepsie, la hernie est sortie et est demeurée irréductible. On parvient à la faire rentrer non sans effort et avec douleur. Après cette réduction, signes de hernie étranglée. Laparotomie : dans le sac entouré de fausses membranes on trouve un appendice dur, rouge sombre. Au tiers moyen, une perforation de la grosseur d'un pois. A l'intérieur, *calcul* jaunâtre ressemblant à un noyau de cerise. La compression seule a joué un rôle, dit Neumann, probablement au moment de la réduction pénible et douloureuse de la hernie ; l'appendice était engagé dans l'orifice interne du canal inguinal au moment de l'opération. C'est donc probablement la pression directe sur le *calcul* contenu dans l'appendice qui a lésé la muqueuse.

Ici encore, l'effort paraît avoir provoqué la crise aiguë ; mais la perforation est survenue trop rapidement, pour ne pas admettre que la paroi appendiculaire était amincie et prête à se perforer. Il y a eu fort probablement rupture des adhérences qui renforçaient la zone amincie de l'appendice.

42. Anghel, Thèse de Paris, 1897.

H. Quarante-huit ans. En portant un petit fardeau, ressent une violente douleur dans le flanc droit. Il avait alors vingt et un ans. Crises d'appendicite répétées sans cesse, le forçant chaque année à rentrer à l'hôpital. *Vingt-sept* ans après, laparotomie. Appendice fibreux, *gros calcul* crétacé à l'intérieur.

*Réflexions.*— Cette observation, rapportée ici parce qu'elle a été donnée comme une preuve du rôle étiologique du traumatisme, n'a aucune valeur.

43. Delorme, *Soc. Chirurgie*, 1898.

Soldat. Reçoit dans la région ombilicale un coup de pied de cheval qui le renverse. Douleurs vives. Le 28, symptômes de péritonite généralisée. Laparotomie. Rien du côté de l'intestin grêle. Mort quatre heures après. Autopsie : intestin grêle indemne. A la base de l'appendice, perforation de 4 à 5 millimètres ; à cet endroit la paroi est très amincie. L'appendice est épaissi, turgescent, replié derrière le cæcum. A l'intérieur, *calcul* mou et friable. « L'appendice, dit M. Delorme, dont la paroi était déjà amincie, altérée avant le traumatisme, a dû céder à la pression subite des gaz ou des liquides intestinaux brusquement propulsés de la cavité du gros ou du petit intestin dans son intérieur. »

*Réflexions.* — L'interprétation de M. Delorme est évidemment la vraie.

A ces observations réunies par MM. Jeanbrau et Anglada dans le mémoire qu'ils envoyèrent à la Société de Chirurgie, nous ajouterons les faits suivants qui furent communiqués dans la discussion soulevée par le rapport de M. Piqué.

Sieur, Soc. Chirurgie, 27 mars 1907.

Artilleur, sans antécédents abdominaux, jusqu'en février 1904. A cette époque, après une manœuvre à cheval pénible faite après déjeuner, première colique appendiculaire avec nausées, fièvre légère et courbature. Nouvelle crise le 18 juin, survenue dans les mêmes conditions. En novembre 1904, M. Sieur opère ce malade et trouve « un appendice fixé à la paroi interne du bassin par une bride fibreuse trés résistante à laquelle adhère une anse grêle ; cette bride le coude et l'étouffe à sa partie moyenne et *le met dans l'impossibilité de suivre le gros intestin dans ses déplacements* ».

Nous avions donc là, dit avec raison M. Sieur, l'explication des tiraillements douloureux qu'éprouvait le malade au cours des exercices d'équitation.

Sieur, *loc. cit.*

Un soldat du génie saute d'une voiture dont les chevaux se sont emballés, le mardi 11 février 1902. Rien à noter le mardi et le mercredi. Le jeudi soir, il monte à cheval et éprouve une vive douleur dans le côté droit du ventre. Puis évolue une crise d'appendicite aiguë. M. Sieur, croyant avoir affaire à une appendicite postérieure à siège rétrocæcal, fait une incision lombo-iliaque. Mais il constate qu'il n'existe aucune zone indurée ou enflammée et il n'ouvre pas le péritoine. Guérison.

Cette observation n'a que la valeur d'un fait clinique, puisqu'il manque un contrôle anatomique. En tout cas, on ne peut

conclure à une appendicite créée par la fatigue de l'équitation et le saut du 11 février.

Sieur, *loc. cit.*

Un cavalier fait, le 12 mai 1897, une chute de cheval suivie d'une attaque de rhumatisme articulaire. Cinq semaines après, crise d'appendicite aiguë qui aboutit à la résolution. Une seconde crise après un exercice d'équitation. Troisième poussée aiguë, le 5 janvier 1898, à la suite d'un coup de pied de cheval dans la fosse iliaque droite. Le 8 juillet, opération. L'appendice, libre d'adhérences, est induré, mais contient trois calculs.

Ce fait appartient à la catégorie des appendicites calculeuses révélées par un accident.

Couteaud. Soc. chir., 15 juillet 1908.

G...., robuste et vigoureux quartier-maître canonnier, trente-cinq ans, sans antécédents morbides, est blessé en décembre 1898 sur la canonnière le *Scorpion*, dans les eaux de Madagascar, de la manière suivante. Le pied droit appuyé sur le bastingage, la jambe droite fléchie sur la cuisse et celle-ci sur le ventre, un mât lui tombe sur le dos : c'était un mât tout envergué et mouillé du poids d'environ 250 kilos. Il en résulte une brusque flexion du tronc et une projection violente de l'abdomen sur la cuisse droite provoquant aussitôt une douleur extrêmement intense dans le flanc droit et des vomissements. Au bout de quelques instants, la douleur se calme, puis le blessé ressent des coliques et comme un besoin de défécation ; il se présente à la selle sans autre résultat qu'une aggravation considérable de ses douleurs abdominales et de nouveaux vomissements. Bref, il tombe sans connaissance dans les latrines, des camarades le relè-

vent et le portent dans un lit de l'infirmerie du bord. Cette scène pathologique se passe à dix heures du matin, avant le repas de l'équipage. G.... était, je le répète, de bonne santé habituelle et nullement sujet à la constipation.

Ce mécanisme d'une contusion abdominale par contre-coup mérite quelques éclaircissements. A l'époque où se place ce récit, l'équipement réglementaire des marins comportait un couteau assez fort, retenu par une cordelette en ceinture et fixé contre le ventre, ou bien encore logé dans la poche droite du pantalon. Il est infiniment probable que G... a été heurté au ventre par cet objet en saillie dans ses vêtements à l'occasion du choc qui mit violemment en contact la cuisse et le flanc du côté droit.

Quoi qu'il en soit, le médecin du bord lui donne aussitôt ses soins, l'observe pendant une vingtaine de jours, puis l'envoie à l'hôpital de Majunga avec la mention : *typhlite*, *état général mauvais*, tout en lui délivrant un certificat d'origine de blessure relatant le traumatisme décrit ci-dessus. Quelque temps après, le blessé retourne à bord, amélioré seulement ; on est bientôt obligé de le renvoyer à l'hôpital avec le même diagnostic de *typhlite* auquel les médecins de Majunga substituent celui d'*appendicite*.

Rapatrié, il entre en convalescence. En août 1899, il entre à l'hôpital maritime de Brest, où un médecin qualifie son mal de *typhlite* et le fait passer en chirurgie. Mais on refuse de l'opérer.

M. Couteaud le revoit en 1901 : phénomènes très nets de typhlite ; nausées, pression douloureuse dans la fosse iliaque exaspérée au point de Mac-Burney, avec irradiation à l'aîne et à la cuisse droite. On sent un amas fécal cylindroïde dans la fosse iliaque droite. Guérison par un traitement médical.

M. Couteaud a eu de ses nouvelles en mars 1908. Le ventre du malade est souple dans toutes ses parties. On ne constate

aucun reliquat de typhlite, appendicite ou péritonite adhésive partielle. Pas de corde colique. Dix ans après le trauma initial, si ce n'est une guérison définitive, c'est un état de santé excellent et compatible avec les dures obligations de la vie maritime.

*Réflexions.* — « Je suis un peu embarrassé pour donner à cette observation sa véritable étiquette, dit M. Couteaud. Mais, quel que soit le diagnostic précis, strictement exact, qui lui convienne, ce cas me paraît rentrer dans la famille des faits qu'on cite à l'appui de l'appendicite traumatique qui serait souvent mieux désignée, à mon avis, sous le nom de typhlo-appendicite traumatique. » Nous sommes de cet avis, lorsque les phénomènes abdominaux ont été consécutifs à un choc violent sur la fosse iliaque droite, comme dans le cas rapporté par M. Couteaud.

---

# CHAPITRE III

## Comment expliquer le rôle du traumatisme et de l'effort sur un appendice sain ?

Pour atteindre l'appendice, la contusion doit être violente. car cet organe de petit volume, très mobile, flotte librement entre les anses intestinales. Il faut que le corps contondant surprenne la paroi relachée pour pouvoir « coincer » l'appendice contre la paroi abdominale.

MM. Jeanbrau et Anglada ayant fait quelques recherches sur le cadavre ont constaté qu'un corps contondant de petit volume atteint difficilement l'appendice qui fuit devant lui. Au contraire, un choc porté par un corps contondant auncé comme une barre de fer, mais appliqué obliquement ou transversalement sur la région droite de l'abdomen contusionne très facilement la région iléo-cæcale.

La position couchée sur le dos, le corps contondant appuyant sur le ventre, est celle qui paraît favoriser au maximum la production des lésions. Mais elle n'est pas la seule. Dans l'observation de M. Couteaud, le sujet avait la jambe fléchie sur la cuisse, la cuisse fléchie sur le ventre, et le pied appuyé sur un bastingage. C'est dans cette position qu'il reçut sur le dos un mat du poid de 250 kilos. De plus, il est bon d'ajouter que le matelot avait contre son ventre, retenu par

une cordelette, un fort couteau. Comme le dit M. Couteaud, il est probable que G... a été heurté au ventre par cet objet en saillie sous ses vêtements à l'occasion du choc qui mit violemment en contact la cuisse et le flanc du côte droit.

L'expérimentation, entre les mains de Josué, de Klecki, de Rouville et surtout de Beaussenat a contribué à éclaircir la pathogénie de l'appendicite en général. Malheureusement, le point qui nous occupe n'a pas bénéficié de ces recherches. Il n'y a guère de rapports entre l'appendicite survenue à la suite d'un choc sur le ventre et les affections appendiculaires produites par injections dans l'appendice de lapins d'une culture pure de coli-bacille (Expérience de Beaussenat).

Comme le disent MM. Jeanbrau et Anglada après avoir relaté ces rechercher expérimentales :

« Les expériences de Beaussenat prouvent surtout, ce qui paraissait évident et pouvait se passer de contrôle expérimental, que, chez un appendiculaire latent, un traumatisme, en affaiblissant la vitalité de la paroi appendiculaire malade, ou en déterminant des déchirures qui servent encore de portes d'entrée à la diffusion des microbes, peut réchauffer une appendicite chronique et être suivi rapidement de péritonite par perforation. »

Ces expériences prouvent encore que le facteur traumatisme ne détermine pas forcément une appendicite : s'il a été léger, il peut n'en résulter qu'un endolorissement passager de la fosse iliaque droite. S'il a été violent, ont peut observer une péritonite générale due à la rupture de l'appendice. Brun a rapporté deux cas de ce genre, dans le *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, Comby et Marfan (1re édition) : « J'ai observé deux cas, dit Brun, où les accidents étaient apparus nettement après un traumatisme (coup de pied dans la fosse iliaque droite) ; j'ai trouvé, chez ces deux en-

fants, l'appendice sectionné en son milieu et divisé en deux moitiés qui n'étaient plus reliées l'une à l'autre que par une mince languette de tissu sain. »

Ces deux faits, qui rentrent dans le groupe des contusions abdominales avec lésions intestinales, et n'ont rien à faire avec l'appendicite, permettent cependant de supposer toute une série d'intermédiaires entre la simple contusion de la région iléo-cæcale et la rupture de l'appendice.

Comme le disait M. Walther à la *Société de chirurgie*, le 27 mars 1907 : « Ce que nous savons des lésions de congestion, d'hyperhémie, de péritonite aiguë consécutives aux contusions de l'abdomen, ne nous permet pas de rejeter *a priori* la possibilité d'une infection secondaire due à une congestion, à de petites lésions de contusion de l'appendice lui-même ou du cæcum. Disons donc que, de tout ceci, nous ne savons rien ou à peu près rien et gardons-nous d'affirmer ou de nier ».

Cette interprétation qui laisse la question en suspens nous paraît sage, plus sage que celle des auteurs qui, systématiquement, dénient tout rôle étiologique au traumatisme.

Comment interpréter les faits cliniques à l'aide des données précédentes ? C'est bien difficile, à cause surtout du peu de précision des observations sur les antécédents morbides du malade et sur les constatations opératoires. MM. Jeanbrau et Anglada ont indiqué ces lacunes et nous ne pouvons que citer le passage de leur mémoire où sont étudiées les observations les plus probantes.

« Aucune de nos observations, disent MM. Jeanbrau et Anglada, ne mentionne l'absence d'adhérences résistantes, l'absence d'épiploïte scléreuse : ce qui serait en faveur d'une lésion toute récente, Enfin, nous n'avons pu trouver, à part les deux observation de Brun, qui appartiennent aux contusions abdominales avec rupture de l'appendice, aucun fait où

la perforation appendiculaire ait paru secondaire à une contusion. Toutes les observations que nous avons réunies dans nos tableaux, en notant soigneusement les renseignements les plus importants pour cette question, sont calquées exactement sur des faits d'appendicites vulgaires, dont la perforation serait survenue spontanément. Il en était ainsi dans les faits rapportés par Mlle Gordon (obs. 2), Hume (obs. 5), Körte (obs. 6), Jungst (obs. 8). Quant à l'observation de M. Guinard (obs. 4), elle paraît au premier abord vraisemblable : il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, qui reçoit un coup de pied de cheval dans la fosse iliaque droite. Il a successivement trois crises d'appendicite. Deux ans après, on intervient. L'appendice est turgescent, rigide ; sa muqueuse est boursoufflée et ecchymotique. Mais, ici encore, nous n'avons aucun renseignement sur les antécédents du malade. N'était-ce pas un appendiculaire latent, lorsqu'il reçut le coup de pied de cheval ? Sans vouloir contester l'intérêt de cette observation, nous croyons que cette objection vient naturellement à l'esprit, et, comme l'observation de M. Guinard ne contient aucun renseignement qui permette de la réfuter, elle garde toute sa valeur. De plus, l'intervention n'a été faite que deux ans après l'accident ; c'est beaucoup pour attribuer au traumatisme les lésions observées à l'intervention.

Les observations de MM. Legueu et Moty semblent plus probantes. »

« Mais, si la relation de cause à effet entre le traumatisme et la crise d'appendicite paraît évidente dans les trois observations de Guinard, Legueu et Moty, on ne peut affirmer qu'elles constituent des exemples d'appendicites « créées » par un traumatisme. Il manque des détails cliniques et anatomiques sans lesquels on n'a pas le droit d'affirmer le rôle déterminant de l'accident. Nous pouvons donc conclure que rien ne permet d'affirmer qu'une contusion abdominale puisse

provoquer l'inflammation d'un appendice sain, ne contenant ni corps étrangers, ni calcul.

Quant à l'observation de Dabadie et de Couteaud, elles manquent du contrôle opératoire. On ne peut donc les discuter comme les cas précédents.

Cependant, il semble bien que l'hypothèse formulée par Guinard et Walther, à la Société de chirurgie, soit vraisemblable. L'observation rapportée par M. Picqué, et appartenant à Sonnenburg (de Berlin), paraît en fournir la preuve. Une femme de 44 ans, en excellente santé, reçoit un coup de pied dans la fosse iliaque droite. Il en résulte une douleur persistante dans la région frappée. Un an après, elle entre dans le service du professeur Sonnenburg qui diagnostique une appendicite simple : « A l'opération, il constate l'existence de fines adhérences unissant les anses intestinales. L'appendice est sous le cæcum adhérent légèrement par son extrémité libre et présentant de très nombreuses et fines adhérences avec la fosse iliaque et les vaisseaux. Il ne présente aucune lésion apparente. La muqueuse est hypertrophiée. Concrétion stercorale et liquide dans sa cavité. »

M. Sonnenburg pense que, sous l'influence du trauma, il s'est fait un épanchement sanguin autour du cæcum et de l'appendice, et que cet épanchement a provoqué des adhérences. Celles-ci ont amené la fixation de l'appendice à l'aponévrose du muscle psoas iliaque, d'où la difficulté de son évacuation et la production d'un catarrhe chronique qui se serait développé à la suite d'un traumatisme dans un appendice normal. La preuve, pour Sonnenburg, réside dans la présence de concrétions stercorales.

Mais qu'est-ce qui prouve que, avant l'accident, cette femme n'avait pas déjà un calcul dans l'appendice ?

Nous en arrivons ainsi aux cas où l'appendice contient un corps étranger ? Par corps étrangers, disent MM. Jeanbrau et Anglada, nous entendons seulement ceux qui on pu pénétrer dans l'appendice, comme les pépins de fruit, les épingles, les arêtes de poissons, les éclats d'émail ou de porcelaine des ustensiles culinaires, les poils de brosses à dents, etc. Nous éliminons pour le moment les calculs formés dans l'appendice, qui sont le résultat d'une inflammation ancienne et ne peuvent se rencontrer dans un appendice sain. Un choc violent sur la fosse iliaque droite, atteignant un appendice habité par un corps étranger, peut contusionner la paroi de l'organe et y faire pénétrer le corps étranger en perforant la muqueuse et même toute l'épaisseur de la paroi. Il en a été probablement ainsi dans le cas de Moriarta (cas 1), rapporté par Mlle Gordon dans sa thèse : un garçon de quatorze ans reçoit un coup de poing dans le flanc droit ; le lendemain, symptômes d'appendicite ; à l'intervention, on trouve un appendice perforé par une épingle incluse dans sa paroi. Cette épingle avait été avalée un an auparavant. «Cette épingle était dont restée pendant un an dans l'appendice, dit Mlle Gordon, sans avoir déterminé de phénomènes jusqu'au moment de l'accident. »

Peut-on considérer qu'il s'agisse d'appendicite vraie, dans un cas comme celui de Moriarta ? Ne peut-on objecter qu'il y a eu simplement perforation mécanique de l'appendice avec péritonite consécutive ? Nous pensons que cette dernière interprétation est la vraie au point de vue scientifique : il n'y a pas eu d'appendicite à proprement parler ; mais comme l'accident a produit la perforation et par la suite la péritonite, on doit le considérer comme intégralement responsable de la

péritonite. C'est probablement, avec l'éventualité signalée par Brun (rupture de l'appendice sain par contusion), les deux seuls cas où un traumatisme *direct* sur l'abdomen peut être considéré comme responsable d'une perforation appendiculaire. *C'est dire que nous n'avons pas trouvé de preuves que la contusion abdominale pouvait créer l'appendicite chez l'homme sain, même lorsque l'appendice contient un corps étranger* (Jeanbrau et Anglada).

Reste la question de l'effort. Un effort violent comme celui que nécessite l'acte de charger un lourd fardeau, ou l'action de résister à une chute imminente peut-il déterminer une lésion au niveau de l'appendice normal? Aucun fait d'observation ne permet de le supposer et rien n'autorise à penser qu'il puisse en être ainsi. A plus forte raison ne peut-on admettre l'influence étiologique des efforts de défécation, invoqués dans l'observation de Page (obs. 10), des contractions intestinales provoquées par une purgation (obs. de Mlle Gordon, n° 13), d'un saut (obs. 11, 17 et 19), du renversement du corps en arrière dans une chute (obs. 14). Il s'agit, sans aucun doute, dans toutes ces observations, d'appendiculaires chez lesquels ces efforts ou ces mouvements ont révélé une lésion préexistante. — On a publié des faits de rupture par effort de l'intestin sans lésion antérieure apparente (Vilbert, Thouvenet); mais il s'agit de perforation de l'intestin grêle : ce qui ne permet pas de conclure qu'il puisse en être de même de l'appendice.

---

## CHAPITRE IV

### Comment expliquer le rôle pathogénique du traumatisme et de l'effort sur un appendice malade?

On comprend maintenant comment peut agir le choc ou l'effort chez un appendiculaire : L'appendice malade est en général augmenté de volume, fixé par des adhérences à l'intestin grêle, au cæcum, à l'épiploon, à la paroi postérieure de l'abdomen. Il en résulte les deux conséquences suivantes : 1° l'appendice ne peut plus fuir devant le choc ; 2° un choc ou une pression violente peut déchirer les adhérences qui limitaient un foyer de péritonite et empêchaient un appendice aminci de se perforer.

L'observation rapportée plus haut et publiée par Delorme prouve qu'il n'est pas nécessaire que le choc porte sur la région iléo-cæcale.

L'observation de M. Delorme, dont le malade avait une appendicite calculeuse, nous amène à parler de cette variété. Nous en avons réuni 26 cas, dont 16 opérés après un choc abdominal et 12 après un effort. La question se simplifie, car on comprend beaucoup plus facilement qu'un choc en écrasant ou même seulement en contusionnant la paroi de l'appendice malade sur le calcul puisse déterminer une crise aiguë d'appendicite.

La question de savoir si un appendice sain peut contenir un calcul est aujourd'hui résolue par la négative.

Il est admis actuellement que le calcul est « fonction de l'inflammation de l'appendice ». Il est le produit, comme le dit Mathieu, d'un « vice de sécrétion de la muqueuse appendiculaire enflammée ». Letulle et Weinberg ont conclu de leurs recherches histologiques si précises : « Le calcul est formé par l'apposition successive autour d'un noyau stercoral desséché de substances minérales dont l'origine doit être attribuée aux modifications sécrétoires de la muqueuse appendiculaire enflammée ».

C'est donc ici le seul point qui nous paraisse absolument hors de conteste : tout sujet atteint d'appendicite calculeuse latente ou ayant provoqué des crises, peut présenter une poussée aiguë avec perforation ou gangrène sous l'influence d'un choc abdominal. Si la perforation est imminente et la paroi de l'appendice aminci, un effort violent peut déterminer le même résultat. Il en fut ainsi dans les observations rapportées plus haut et publiées par Neumann (obs. 35, 36, 37, 34 et 40).

Comme conclusions, nous pouvons donc énoncer les propositions suivantes, qui sont celles de MM. Jeanbrau et Anglada et que la Société de chirurgie a acceptées.

L'étude précédente nous a montré que, sauf exception, probablement fort rare, dont nous n'avons trouvé aucun exemple incontestable publié dans la littérature médicale, *un accident* (choc ou pression sur le ventre, effort violent) *ne crée pas l'appendicite* chez un homme dont l'appendice est sain.

*L'accident détermine seulement une poussée aiguë au cours d'une appendicite chronique* souvent latente ; il peut même déterminer une poussée aiguë avec perforation, péritonite et mort.

Les constatations faites au cours de 32 opérations pour appendicites précédées d'accidents ou de 9 autopsies de malades ayant succombé sans intervention, ne permettent pas d'établir que l'appendice était sain avant l'accident ; chez la plupart des malades, il paraissait plutôt être en imminence de perforation.

*L'accident n'a donc joué qu'un rôle révélateur et aggravateur.*

Sans qu'il soit besoin d'insister davantage, on peut donc résumer la question dans les propositions suivantes.

1° Chez un individu dont l'appendice est sain et ne contient pas de corps étranger, un choc sur le ventre ou un effort violent ne peuvent déterminer une appendicite, — sauf éventualité très rare, que l'opération ou l'autopsie faite *peu de jours* après l'accident peuvent seule vérifier.

MM. Jeanbrau et Anglada n'avaient pu en découvrir un cas démonstratif dans la littérature française, allemande et anglaise.

Depuis le rapport de M. Picqué sur le mémoire de ces auteurs, MM. Guinard, Walther, Sonnenburg, Couteaud ont fait des réserves. Ils admettent comme une hypothèse vraisemblable qu'un choc peut produire un hématome dans la fosse iliaque et que, dans ce foyer, se formeront des adhérences qui pourront fixer l'appendice, le couder et provoquer ainsi une appendicite chronique d'emblée.

2° Chez une personne ayant eu des crises d'appendicite ou chez un appendiculaire latent, un choc sur le ventre, même assez éloigné de la région cæcale, peut réveiller l'inflammation chronique, et déterminer une crise aiguë avec perforation de l'appendice et risque de mort.

3° Chez un appendiculaire (et l'on entend par ce terme une

personne atteinte d'appendicite chronique latente ou ayant eu des crises très nettes), un effort, même peu violent, une chute sur les pieds, ou l'ébranlement prolongé du corps peuvent amener le même résultat en déchirant soit des adhérences, soit la paroi même de l'appendice prêt à se perforer.

4° Le délai *maximum*, qui permet d'accepter le rôle du traumatisme dans la crise d'appendicite, ne doit pas dépasser deux jours. Si les phénomènes douloureux et péritonitiques ne surviennent qu'après un silence symptomatique *complet* de 48 heures, nous pensons qu'on peut en général rejeter la responsabilité de l'accident.

5° Si le malade guérit spontanément de la crise provoquée par le traumatisme et s'il se produit d'autres crises dans la suite, celles-ci sont sous la dépendance exclusive de l'affection appendiculaire et ne peuvent être imputées au traumatisme.

---

## CHAPITRE V

### Comment interpréter les cas précédents pour l'application de la loi sur les accidents

Au moment où MM. Jeanbrau et Anglada écrivirent leur mémoire, c'est ce point qui les préoccupait particulièrement. Car il est bien évident que ces discussions pathogéniques n'ont qu'un intérêt purement spéculatif, en dehors des cas de responsabilité qui peuvent provoquer des actions judiciaires.

Depuis quelque temps, la jurisprudence française, calqué sur la jurisprudence allemande, est définitivement fixée et la question perd de son intérêt. En effet, la loi de 1898 oblige le patron à réparer automatiquement toutes les conséquences d'accidents, qu'elles surviennent chez des individus sains ou non, tuberculeux, syphilitiques, cancéreux, appendiculaires, etc. Devant la loi de 1898 tous les ouvriers sont sains ou ils sont tous tarés, comme on voudra. Voici comment, d'après MM. Sachet et Mourral, il faut interpréter le rôle de l'accident au point de vue de la loi de 1898.

Un ouvrier, — ayant eu des crises nombreuses d'appendicite — qui travaille et gagne son salaire normal, reçoit un choc sur la fosse iliaque. Une péritonite se déclare. Un chirurgien intervint le lendemain et trouve un appendice tuméfié, perforé à son extrêmité, entouré d'adhérences et d'épiploïte

anciennes. Le blessé meurt. La loi oblige à le considérer comme ayant succombé à un accident du travail, au même titre que s'il avait eu une fracture du crâne, si les trois conditions suivantes se trouvent réalisées :

1° Il faut qu'il y ait eu accident (ce qui est prouvé par le rapport d'enquête) ;

2° Il faut que l'accident se rattache au travail par un lien de cause à effet ;

3° Il faut qu'il y ait relation de cause à effet entre l'accident et la cause d'appendicite.

Il est évident que la deuxième condition est exclusivement du domaine juridique et n'intéresse pas le médecin-expert.

Comme le disait M. Balthazard à la Société de médecine légale de France, dans la discussion qui suivit la communication de MM. Picqué et Jeanbrau, « l'expert doit se demander tout d'abord ce qu'était le blessé avant l'accident, et constater ensuite ce qu'il est devenu depuis. La différence des deux états, antérieur et postérieur, donnera la réponse qu il doit faire aux magistrats. Dans les cas analogues à ceux signalés par M. Picqué, il n'y a pas à se préoccuper de savoir si oui ou non l'ouvrier aurait eu de précédentes crises d'appendicite. Si, avant le traumatisme qui a occasionné une crise, il pouvait travailler et que depuis il en soit incapable, le patron est redevable de l'indemnité résultant du contrat de travail, sans que l'expert soit dans la nécessité de faire la preuve rigoureuse d'une relation de cause à effet entre l'accident et l'appendicite consécutive. »

La loi de 1898 ne tient pas compte des états antérieurs.

Malgré les protestations soulevées par de nombreux chirurgiens et médecins-légistes, cette doctrine a prévalu. Récemment, malgré l'avis contraire du Congrès de chirurgie

de 1907, qui avait émis un vœu en faveur d'une modification législative permettant de tenir compte des états antérieurs, MM. Balthazard, Reclus et Brissaud ont défendu la jurisprudence. Dans des articles d'ailleurs fort remarquables, ces auteurs ont montré qu'il n'y avait pas lieu de réduire la responsabilité d'un accident, sous le prétexte que les conséquences de cet accident auraient été aggravées par une maladie ou une tare du sujet. Nous ne pouvons que nous incliner.

Dans les accidents soumis à la juridiction du droit commun, la pathogénie de l'appendicite traumatique reprend toute son importance. Et ce sera au demandeur à prouver qu'il était sain avant l'accident ou qu'il n'avait eu que des crises légères, alors que l'accident a notablement aggravé son affection.

---

## CONCLUSIONS

(d'après MM. Jeanbrau et Anglada)

### A. Au point de vue pathogénique

1° L'appendice sain peut être contusionné, déchiré, arraché par un traumatisme de la région droite de l'abdomen. Ces lésions rentrent dans le groupe des lésions par contusion abdominale. Elles n'ont pas de rapport avec l'appendicite proprement dite.

2° Un accident (choc ou effort violent) ne crée pas l'appendicite chez un individu dont l'appendice est sain.

3° L'accident peut déterminer seulement une poussée aiguë au cours d'une appendicite chronique, latente ou non.

4° L'accident ne joue donc qu'un rôle révélateur et aggravateur.

5° Le délai *maximum* qui permet d'accepter le rôle du traumatisme dans la crise d'appendicite ne doit pas dépasser deux jours. Si les phénomènes douloureux et péritonitiques ne surviennent qu'après un silence symptomatique *complet* de 48 heures, nous pensons qu'on peut, en général, rejeter la responsabilité de l'accident.

6° Si le malade guérit spontanément de la poussée aiguë

provoquée par le traumatisme et s'il se produit d'autres crises dans la suite, celles-ci sont sous la dépendance exclusive de l'affection appendiculaire et ne peuvent être imputées au traumatisme.

### B. Au point de vue médico-légal

(d'après MM. Sachet et Mourral, *in* Jeanbrau et Anglada)

1° Sous la juridiction du droit commun, le demandeur doit fournir la preuve que les phénomènes morbides présentés par lui sont dus au traumatisme. S'il peut fournir cette preuve, le préjudice qui lui a été causé doit être intégralement réparé. Or, nous venons de voir que le traumatisme ne crée pas l'appendicite. Si la poussée aiguë guérit, le malade ne peut exiger que les dommages-intérêts correspondant à son indisponibilité.

2° Il n'en est pas de même avec la loi de 1898 basée sur le principe de l'indemnité transactionnelle et forfaitaire.

La jurisprudence française est fixée : il importe peu que le blessé soit ou non appendiculaire.

3° Si la mort est survenue après une crise aiguë apparue chez un ouvrier qui, en travaillant (c'est-à-dire en état de santé apparente), a reçu un choc sur le ventre ou a fait un effort violent, les ayants-droit seront indemnisés.

Si la mort est survenue après une crise apparue après un choc très léger ou un effort normal, on peut admettre la coïncidence et rejeter la relation de cause à effet.

4° Si le malade est opéré et guérit, il a droit : 1° à son

indemnité temporaire et aux frais médicaux et pharmaceutiques ; 2° à une rente correspondant à une incapacité permanente de 6, 8 ou 10 p. 100, s'il a une éventration. Si cette dernière ne se produit pas et si la paroi est solide, le malade n'a pas droit à une rente. Il est guéri sans être atteint d'incapacité permanente partielle.

---

# BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie antérieure à 1907 se trouve à la fin du mémoire de MM. Jeanbrau et Anglada.

* * *

JEANBRAU et ANGLADA. — Traumatismes et appendicite. Communication à la Société de chirurgie de Paris (rapport de M. Picqué, séance du 20 mars 1907, Bulletins, p. 325 à 330).

LEGUEU, PICQUÉ, SIEUR, POTHERAT, BROCA, DEMOULIN, WALTHER. — Discussion sur l'appendicite traumatique. Soc. de chirurgie, séance du 27 mars 1907, Bulletins, p. 344 à 352.

GUINARD, DEMOULIN, TUFFIER, ROUTIER, FÈLIZET, QUENU. — Suite de la discussion. Soc. de chirurgie, 29 mai 1907, Bulletins, pages 368 à 374.

PICQUÉ. — Appendicite et traumatismes. Soc. de chir., 5 juin 1907, Bulletins, p. 594 à 597.

JEANBRAU et ANGLADA. — Traumatismes et appendicite, Etude pathogénique et médico-légale. Revue de chirurgie, juillet 1907.

PICQUÉ et JEANBRAU. — Appendicite traumatique. Considérations médico-légales. Communication à la Société de méd. légale de France, séance du 8 juillet 1907, *in* Bulletins de cette Société, 1907, p. 150 à 154.

Léon TISSIER, BALTHAZARD, LAUGIER, LEREDU, CONSTANT, DEMANGE, SOCQUET, VALLON, PICQUÉ. — Discussion à la suite de la communication de MM. Picqué et Jeanbrau à la Société de méd. lég. de France, séance du 10 juillet 1907, *in* Bulleiins, p. 154 à 158.

DABADIE. — Traumatismes et appendice. Thèse de Bordeaux, 1906-1907, n° 125. Imprimerie commerciale et industrielle, 56, rue du Hautoir, Bordeaux.

GASSEND. — Appendicite et traumatisme. Thèse de Montpellier, 1907-1908, n° 21. Imprimerie Firmin et Montane.

MILAN. — Traumatismes et appendicite (étude clinique et pathogénique). Thèse de Paris, 1907-1908, n° 158. Michalon, éditeur, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

COUTEAUD. — Sur un cas d'appendicite post-traumatique. Soc. de chirurgie de Paris, 15 juillet 1908, *in* Bulletins, p. 931 à 935.

BROCA, ROUTIER, MOTY, POTHERAT, QUENU, TUFFIER, HARTMANN, COUTEAUD. — Discussion à la suite de la communication précédente. Soc. de chir., 15 juillet 1908, p. 935 à 938.

COUTEAUD. — Sur un cas de typhlo-appendicite post-traumatique. Gazette des hôpitaux, 23 juillet 1908, p. 987 à 990.

FORGUE et JEANBRAU. — Appendicite et accidents du travail. *In* Guide pratique du médecin dans les accidents, p. 192 à 200, 2me édition, sous presse.

---

Vu et approuvé :
Montpellier, le 24 juillet 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 juillet 1908.
Le Recteur,
A. BENOIST.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*